

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОДИНАМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЦИСТИТЕ У ДЕТЕЙ

*Зуев Н.Н., Шмаков А.П., Питкевич А.Э., Зуева О.С.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Ряд авторов основную причину хронического цистита видят в разных формах дисфункции мочевого пузыря. По результатам комплексного урологического обследования, некоторые исследователи наиболее частой формой дисфункции считают гиперрефлекторный мочевой пузырь [1,2] Напротив, другие

самой частой причиной хронического цистита рассматривают гипорефлекторный мочевой пузырь. По данным литературы воспаление мочевого пузыря у 80% детей развивается, как осложнение гипорефлекторной дисфункции мочевого пузыря, а в 20% наблюдений – гиперрефлекторной [4].

Цель. Изучить нарушения уродинамики при хроническом цистите у детей.

Методы исследования. Настоящая работа выполнена на базе хирургического отделения Витебской детской областной клинической больницы и Витебского государственного медицинского университета. В ходе исследования наблюдалось 86 детей в возрасте от 6 до 15 лет с хроническим гранулярным циститом. Девочек от 6 до 10 лет – 40 (46,5%) человек и от 11 до 15 лет – 46 (53,5%).

Уродинамическое обследование включало в себя:

1. Анализ суточного ритма спонтанных мочеиспусканий в сравнении с нормативными возрастными показателями у детей [1, 2].

2. При подозрении на грубые нарушения уродинамики нижних мочевыводящих путей 20 детей было направлено на уродинамическое обследование в Республиканский детский урологический центр г. Минска, где им проводились урофлуометрия и ретроградная цистометрия с определением порога чувствительности, тонуса детрузора и пузырного рефлекса при помощи диагностической уродинамической системы DUET LOGIC G/2, производства Medtronic A/S, Дания.

Результаты и обсуждение. Объектом наших наблюдений являлась группа больных с хроническим гранулярным циститом. Течение заболевания с частыми (раз в полгода и чаще) обострениями или непрерывно рецидивирующее течение наблюдалось у 52,1% пациентов. Длительность заболевания у обследованных детей составила: до трех лет у 29 (33,7%) девочек, от трех до пяти лет – у 21 (24,4%) и более пяти лет – у 36 (41,9%) пациенток.

Значимые отклонения обнаружены при изучении ритма спонтанных мочеиспусканий. В ходе исследования было обнаружено увеличение среднего объема мочи за одно мочеиспускание ($235,3 \pm 70,1$) и уменьшение числа мочеиспусканий ($4,7 \pm 1,4$) у более старших детей (от 11 до 15 лет). Редкие мочеиспускания являются одним из факторов, существенно снижающих защиту от инфекции в мочевом пузыре. В то же время, объем мочевого пузыря, выявленный при цистоскопии, не имел значимых отличий от возрастных показателей. При исследовании ритма спонтанных мочеиспусканий у 20 детей были обнаружены признаки, указывающие на грубые нарушения уродинамики нижних мочевыводящих путей. Этим пациентам было выполнено комплексное функциональное уродинамическое обследование, включавшее урофлуометрию и ретроградную цистометрию с определением порога чувствительности, тонуса детрузора и пузырного рефлекса.

В структуре нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (НДМП) чаще всего обнаруживается гиперрефлекторный мочевой пузырь (причем, неадаптированный чаще, чем адаптированный) – 40% и 30% соответственно. Это может быть связано с большей частотой этого вида в структуре нейрогенной дисфункции мочевого пузыря среди популяции и наиболее выраженными при нем нарушениями уродинамики, способствующими развитию микробно-воспалительного процесса [3]. А воспалительный процесс, в свою очередь, способствует поддержанию дисфункций. В наших наблюдениях гипорефлекторный вид дисфункции мочевого

пузыря встречался у старших девочек-подростков. Исходя из анамнестических данных, вероятно, у этих детей ранее был гиперрефлекторный вид НДМП, но с течением времени развилась гипорефлексия и гипотония мочевого пузыря.

Лечение больных было комплексное, которое включало в себя этиотропную антибактериальную и иммунокорректирующую терапию, коррекцию уродинамических нарушений.

Антибактериальная терапия назначалась в соответствии с посевом мочи и обследования на атипичную микрофлору. Инстилляции в мочевой пузырь проводились растворами хлоргексидина и колларгола

Для медикаментозной детрузоростабилизирующей терапии применяли дриптан (оксибутинин), пикамилон. По показаниям – седативные препараты, преимущественно растительного происхождения (валериана, пустырник, новопассит и др.). В зависимости от нарушений уродинамики назначались физиотерапевтические процедуры. Так при гипорефлекторном мочевом пузыре назначался курс синусоидально-модулированных токов (1 режим, 1 и 4 род работы, 100 Гц, 50% глубина, $S' = 4'' - 6''$), обладающих стимулирующим действием. При гиперрефлекторном мочевом пузыре назначались также синусоидально-модулированные токи, но по «расслабляющей» методике, рекомендовался охранительный режим с устранением психотравмирующих ситуаций, дополнительный сон (1-2 часа), отказ от бурных игр перед сном, вызывающих ночной энурез, прогулки на свежем воздухе.

Выводы. Таким образом, современное клинико-инструментальное обследование детей с нефрологическими заболеваниями должно обязательно включать в себя уродинамическое обследование. Всем больным показано проведение неинвазивных, информативных методик: ритма спонтанных мочеиспусканий. А при подозрении на нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря необходимо комплексное уродинамическое обследование с обязательным проведением ретроградной цистометрии. В связи с чем проведение комплексной терапии микробно-воспалительных заболеваний с одновременной коррекцией нарушений уродинамики нижних мочевых путей позволяет улучшить результаты лечения

Литература:

1. Данилова, Т.И. Диагностика и лечение уродинамических расстройств у детей с инфекцией мочевыводящих путей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Т.И. Данилова, Владивосток. Гос. мед. ун-т. – Владивосток, 2001. – 22 с.
2. Дубров, В.И. Диагностика и лечение хронического цистита в сочетании с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря / В.И. Дубров, А.Д. Апцешко, В.Е. Ольман // Инфекция в урологии: V конф. Белор. Ассоциации урологов, Минск, редкол.: А.А. Гресь [и др.]. – Минск, 2004. – С. 56–58
3. Лоран, О.Б. Роль урогенитальных инфекций в этиологии цистита и необструктивного пиелонефрита у женщин (часть 1) / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова, И.В. Косова // Урология. – 2005 – № 2. – С. 74–79.
4. Мандагаева, С.Н. Диагностика и лечение гранулярных циститов у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / С.Н. Мандагаева; С.-Пет. гос. пед. мед. акад. – СПб., 1999. – 19 с.